THÈSE

N° 146.

SUR

LES PLAIES DE L'ŒSOPHAGE,

ET QUELQUES PROPOSITIONS,

Présentées et soutenues à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 juillet 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR B.-A. BOULIN, de Miramont,

Département des Landes;

Ancien Élève des hôpitaux civils de Paris et de l'École pratique.

« Il existe entre les organes de la même nature une analogie qui « facilite la réunion, comme si ce phénomène, soumis à la force « que l'on connaît sous les noms d'affinité, d'aggrégation, n'avait « lieu qu'entre des parties ou des molécules semblables. »

RICHERAND, *Nosographie chirurgicale*, t. 1, p. 284.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Suppléant.*
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS, *Examinateur.* / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert, *Suppléant.*
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Examinateur.*	Richard.
Dubois, *Examinateur.*	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EXCELLENT PÈRE.

Un fils qui doit tout à votre bon cœur, inépuisable de vertus et de bonté. . . . . Vous qui avez guidé mes premiers pas dans l'honorable carrière que j'embrasse, daignez agréer ce faible hommage de ma reconnaissance, qu'il m'est impossible de vous exprimer, tant sont grands les sacrifices généreux que vous avez faits pour mon éducation.

A LA MEILLEURE DES MÈRES.

Qu'il m'est doux de pouvoir vous faire agréer l'hommage du premier fruit de mes travaux! Puissiez-vous y voir l'expression de la reconnaissance d'un fils qui vous est cher, et qui ne cesse de penser à vos bontés!

A MON FRÈRE, SOURD ET MUET.

Regret de ton infirmité! Je promets d'avoir soin de toi comme de moi-même.

B.-A. BOULIN.

A LA MÉMOIRE

DE MON PARENT BOULIN,

Notaire d'Arzocq.

A MONSIEUR L'ABBÉ LAMARRIGUE,

Ex-Professeur de philosophie ; actuellement Sous-Principal du collége d'Aire (Landes).

Qu'il m'est doux de faire paraître un nom aussi distingué que le vôtre à la tête du premier fruit de mes travaux. Faible gage de mon amitié.

A MON AMI,

MONSIEUR JOBERT,

Docteur en médecine, Prosecteur de la faculté de médecine de Paris, etc., etc.

Qu'il me soit permis de vous remercier de votre constante amitié.

A MONSIEUR ET A MADAME GŒBAUT.

Faible gage de mon amitié pour les bontés que vous avez eues pour moi.

A.-B. BOULIN.

A MONSIEUR

LE DOCTEUR J. CLOQUET,

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-Louis ; Membre de plusieurs sociétés, etc., etc.

B.-A. BOULIN.

THÈSE

SUR

LES PLAIES DE L'ŒSOPHAGE,

ET QUELQUES PROPOSITIONS.

Je me propose de décrire succinctement la structure de l'œsophage; car quelques considérations anatomiques me semblent indispensables pour expliquer le mécanisme de sa guérison, et comment les sutures parviennent au but désiré dans les lésions de cet organe.

L'œsophage est un organe musculo-membraneux presque régulièrement cylindroïde, présentant, dans son trajet du pharynx à l'estomac de légères inflexions que je ne me permettrai d'indiquer qu'en parlant des plaies de ce viscère (*gula œsophagus*). Il est formé de membranes, de vaisseaux et de nerfs.

La membrane interne se continue en haut avec celle du pharynx, et en bas avec celle de l'estomac; pour moi, cette disposition est très-évidente, et il me semble que M. le professeur *Chaussier* s'est trompé en la regardant comme interrompue à l'orifice cardia. Cette membrane, par sa face interne, est lisse, plus pâle que celle du pharynx; elle est recouverte d'un épithélium assez épais, mais qui ne se

continue pas avec l'estomac. Est-il perforé ou pénètre-t-il dans chaque follicule? les follicules sont en petit nombre, peu volumineux et placés dans l'épaisseur de l'œsophage. Le tissu cellulaire ou membrane nerveuse unit cette première à la suivante, appelée *musculeuse*. Celle-ci est très-importante pour les usages de la déglutition; elle est formée bien distinctement de deux plans, l'un superficiel, longitudinal, et l'autre profond, constitué par des fibres annulaires qui ne font jamais le tour de l'organe. Cette membrane irritable est très-épaisse, et a beaucoup de ressemblance avec celle du rectum. A l'œsophage on ne trouve point, comme aux intestins, une membrane séreuse; une espèce de membrane non moins importante, qui s'en rapproche par sa structure et qui s'en éloigne par sa disposition, l'enveloppe. Cette membrane cellulaire, filamenteuse, est unie lâchement aux parties environnantes; elle est formée de deux plans : l'un est lâche, et ressemble assez bien à la gaîne générale des artères; l'autre, plus profond, sert à la cicatrisation de l'œsophage dans les différentes maladies où cet organe est lésé. Cette membrane, que j'ai examinée avec soin, entoure ce viscère creux, l'enveloppe, communique avec la gaîne extérieure, et, de l'autre côté, s'enfonce profondément dans l'œsophage en entourant les vaisseaux qui y arrivent ou en partent. Par ces prolongemens elle vient se fixer à la membrane nerveuse, qui elle-même forme une sorte de gaîne lâche, douce, très-blanche, et tellement disposée qu'elle permet l'enlèvement de la membrane muqueuse avec la plus grande facilité.

Les vaisseaux qui y arrivent ou en partent sont assez nombreux; tous partent de la muqueuse pour venir à l'extérieur de l'œsophage (veines), ou s'y rendent (artères).

Les vaisseaux lymphatiques entrent encore dans la structure de l'œsophage.

Cet organe est accompagné, dans tout son trajet, par deux gros cordons nerveux appelés *pneumogastriques;* ils ne se bornent pas à lui envoyer des branches, mais ils l'entourent, l'enlacent, forment des

anses, des anneaux, pour ensuite se terminer à l'estomac, au foie et au plexus semi-lunaire.

D'après cela, est-il étonnant que les douleurs abdominales se communiquent le long de l'œsophage, et que cet organe soit si souvent le siége de dysphagie.

Ce viscère a pour usage de conduire le bol alimentaire et d'accomplir le troisième temps de la déglutition.

L'œsophage est sujet aux rétrécissemens, qui ont la plus grande analogie avec ceux de l'urètre, comme l'a bien indiqué *Hunter;* des ramollissemens gélatineux, des inflammations couenneuses, rarement phlegmoneuses, peuvent l'affecter; il peut être perforé de dehors en dedans par certaines productions, comme les tubercules ou des anévrysmes, etc., etc.; mais il est un genre de lésions qui doit seulement m'occuper : je veux parler des plaies.

Les plaies de l'œsophage sont des solutions de continuité plus ou moins récentes, toujours compliquées de la lésion d'organes plus ou moins importans. Il est des plaies de l'œsophage que l'on peut appeler *simples*, parce que les parties lésées qui le recouvrent sont de peu d'importance; elles méritent, au contraire, le nom de *compliquées* lorsqu'elles sont accompagnées de la lésion d'un gros vaisseau, de la trachée, du poumon, ou enfin d'un gros nerf, de la moelle, ou bien encore de la colonne vertébrale.

L'œsophage peut être lésé dans sa portion cervicale, thoracique, et, enfin, à son origine et à sa terminaison.

Les exemples des plaies de l'œsophage dans sa région cervicale sont beaucoup plus fréquens que ceux de la portion thoracique, dont on rapporte cependant quelques observations. Je parlerai plus tard d'un exemple remarquable de plaies de l'œsophage dans la portion thoracique, dont les suites ont été heureuses.

Elles varient dans leur nombre, leur forme et la cause qui les produit. Elles peuvent être arrondies comme lorsqu'un instrument rond a lésé cet organe; elles sont triangulaires quand, par exemple, une épée a transpercé ce viscère. Enfin, telle est l'irrégularité de ces

plaies dans certaines circonstances, qu'on ne peut les comparer à aucune figure géométrique appréciable.

Tantôt elles sont longitudinales : alors elles suivent l'axe de l'œsophage; tantôt, au contraire, elles sont transversales; et, dans ce dernier cas, l'étendue de la plaie peut présenter une foule de degrés.

L'œsophage peut être lésé superficiellement ou profondément : dans le premier cas, la plaie n'est pas pénétrante; et, dans le second, non-seulement une des parois peut être transpercée, mais encore toute l'épaisseur de ce cylindre creux.

L'œsophage peut être incomplètement coupé, ou tout à fait séparé du reste des autres parties : le cas est alors excessivement grave. Le plus ordinairement on ne rencontre, sur le même individu, qu'une seule plaie de l'œsophage; mais on doit penser que l'on peut en rencontrer plusieurs sur le même sujet, quand, par exemple, plusieurs coups de couteau ont été portés sur un homme assassiné.

Les causes des plaies de l'œsophage sont nombreuses; elles peuvent être produites par des instrumens piquans, contondans et tranchans. Une épée peut traverser l'œsophage de part en part sans produire le moindre accident, comme je le prouverai plus tard. Un sabre, un tranchet, un couteau, sont les armes ordinaires qui servent à léser cet organe. Il peut être rompu par des corps ronds, et déchiré par des cornes ou d'autres instrumens.

L'œsophage peut se rompre pendant le vomissement. Voici comment M. le professeur *Boyer* rapporte l'analyse d'une observation remarquable de *Boërhaave :* « Le baron de Bastenaer, grand-amiral républicain de Hollande, d'une excellente constitution, mais sujet à la goutte, avait contracté l'habitude de se faire vomir avec l'ipécacuanha et l'infusion de chardon-béni pour se débarrasser d'un poids incommode qu'il sentait à l'orifice supérieur de l'estomac toutes les fois qu'il avait fait quelque excès de table, ce qui lui arrivait assez souvent. Cette méthode lui réussissait si bien que toutes les représentations ne purent la lui faire abandonner.

Un soir, quelques heures après un dîner copieux, comme la dose

ordinaire de son émétique tardait un peu trop à produire le vomissement, il l'excita en buvant une grande quantité de son infusion accoutumée et en faisant des efforts extraordinaires. Tout à coup il éprouva une douleur atroce, et se plaignit qu'il avait quelque chose de rompu ou de démis vers la partie supérieure de l'estomac; que la situation des viscères de la poitrine était changée, et que la mort la plus prompte allait terminer ses jours. Cet homme, qui avait toujours supporté avec une patience héroïque les attaques les plus vives de la goutte, criait, se roulait par terre; une sueur froide, la petitesse et la concentration du pouls, la pâleur du visage et des extrémités annonçaient d'ailleurs l'excès de ses souffrances. Transporté sur son lit, il ne put y rester que debout, soutenu par trois hommes et fortement courbé en devant. Toute autre position, le moindre mouvement augmentaient ses douleurs. Dans cet état, il but environ douze onces tant d'huile d'olive que d'une bière médicamenteuse, qui aggravèrent encore les accidens. Le médecin ordinaire, arrivé au bout d'un heure, prescrivit une boisson adoucissante et des fomentation émollientes et anodines. *Boërhaave*, appelé ensuite, y ajouta, de concert avec lui, des potions anodines, des saignées, des lavemens, etc., dans l'idée qu'un rétrécissement spasmodique des orifices de l'estomac était la cause de ces symptômes; conjectures d'autant plus vraisemblables que la région épigastrique se levait de plus en plus, et que le malade, après avoir pris une si grande quantité de boisson, ne rendait que quelques gouttes d'une urine épaisse et fort odorante.

Tout fut inutile : le pouls s'affaiblit sans cesser d'être régulier, la respiration devint de plus en plus laborieuse et prompte, et le malade périt après dix-huit heures environ de souffrances inexprimables.

Boërhaave fit lui-même l'ouverture du cadavre. Le péritoine, les intestins et l'estomac étaient distendus par une grande quantité d'air. Ce dernier organe ne contenait qu'une très-petite portion des liquides que le malade avait avalés. La vessie était complètement vide, et tel-

lement contractée sur elle-même qu'elle formait une masse solide. Du reste, tous les viscères abdominaux et le diaphragme lui-même ne présentaient rien de contraire à l'état naturel. La cavité de la poitrine contenait une grande quantité d'air, qui s'échappa avec impétuosité en produisant une espèce de sifflement aussitôt qu'on eut fait une petite ouverture à la plèvre. Les poumons, affaissés et décolorés, nageaient dans une liqueur semblable à celle qu'on avait trouvée dans l'estomac : on en tira cent quatre onces, poids de Hollande, des deux cavités de la poitrine. Dans la cavité gauche on voyait, à trois travers de doigt du diaphragme, une sorte de tumeur de trois pouces de diamètre, formée par un tissu cellulaire lâche et comme soufflé, auquel on remarquait une crevasse d'un pouce et demi de longueur et de trois lignes de largeur. On voyait dans l'intérieur de ce renflement l'œsophage divisé en totalité transversalement, et ces deux bouts rétractés vers leurs attaches respectives. Les recherches les plus exactes ne firent découvrir ni ulcère, ni érosion dans aucune partie de cet organe. *Boërhaave* en conclut, avec beaucoup de raison, que si un pareil cas se présentait de nouveau, on pourrait à la vérité le reconnaître par les indices de cette histoire, mais qu'il serait absolument impossible d'y apporter aucun remède. Dans les autres exemples connus des ruptures de l'œsophage causées par les effotrs violens des vomissemens, ce canal a offert, à l'ouverture des corps, sur un de ses côtés, une déchirure de quelques lignes d'étendue, par laquelle les liquides contenus dans l'estomac et ceux que le malade avait avalés après l'accident s'étaient épanchés dans le côté correspondant de la poitrine.

Des projectiles lancés par la poudre à canon peuvent léser l'œsophage, et donner lieu à des accidens plus ou moins redoutables, suivant que le corps en mouvement a détruit en partie ou en totalité cet organe. On a vu l'œsophage lésé par une balle, une fistule en être la suite, et pourtant la guérison s'opérer au bout d'un certain temps. Au rapport de M. *Boyer*, *Trion* en cite un exemple; le voici : « Il dit » qu'un soldat reçut immédiatement au-dessous du cartilage thyroïde

« un coup de fusil dont la balle détruisit toute la partie supérieure « de la trachée-artère, et la moitié du diamètre de l'œsophage. La « déglutition devint impossible. Cette plaie, avec perte de substance, « ne put se cicatriser, et il resta une large plaie fistuleuse. On voyait « dans le fond de cette ouverture l'œsophage ouvert, dans lequel le « malheureux soldat introduisait un entonnoir pour faire passer dans « l'estomac du pain et d'autres alimens solides divisés en très-petits « morceaux et mêlés avec un liquide; s'ils les mettaient dans la « bouche, comme pour les avaler, ils sortaient aussitôt par l'œso- « phage; aussi était-il privé du plaisir de les goûter, et d'en appré- « cier la saveur. *Trion* ne dit point comment s'était terminée la plaie « de la trachée-artère, mais il est probable qu'elle était restée fistuleuse « aussi. »

Il est rare qu'un projectile lancé par la poudre à canon pénètre dans la poitrine et lèse seulement l'œsophage : la mort est ordinairement la suite de pareilles plaies compliquées. Cependant on trouve une observation remarquable, et trop curieuse pour que je ne la rapporte pas ici. Cette observation, rapportée par M. *Boyer*, est due à M. *Payen*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans. « Un employé « des contributions indirectes, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempé- « rament robuste, reçut, à la partie antérieure et supérieure droite « de la poitrine, un coup de bayonnette. Tout entier au sentiment de « sa conservation, et poursuivi par le délinquant qui l'avait décou- « vert, il fit, en fuyant, plus d'une demi lieu pour arriver à son « domicile, et n'éprouva dans ce trajet aucune douleur; mais bien- « tôt quelques accès de toux provoquèrent des crachemens de sang. « M. *Payen* ne le vit qu'une heure après l'accident. Il le trouva dans « un état d'angoisses inexprimables, et couché sur le côté droit; la « respiration était laborieuse, une douleur vive se faisait sentir dans « tout le côté droit de la poitrine, et se propageait jusqu'à la hanche « du même coté; le pouls était élevé et fréquent; le moindre mouve- « ment difficile et douloureux; une plaie anguleuse, de quatre lignes « d'étendue, se présentait à un pouce du sternum, entre la troisième

« et la quatrième côte; elle n'avait versé que très-peu de sang; mais « à chaque expiration, et plus encore pendant la toux, l'air s'en « échappait avec impétuosité; il pouvait éteindre une lumière à sept « ou huit pouces de distance. Le pansement fut simple, et ne consista « qu'en un peu de charpie, quelques compresses trempées dans une « liqueur résolutive, et un bandage de corps. On pratiqua une forte « saignée au bras, et trois heures après une seconde saignée; celle-ci « produisit du soulagement.

« Le lendemain le pouls était fort, les douleurs vives encore, la « toux moins fréquente, mais la respiration toujours gênée. On fit « une troisième saignée, non moins copieuse que les deux autres. Les « crachemens de sang avaient cessé. Le troisième jour, en détachant « le plumasseau qui s'était collé sur les bords de la plaie, elle donna « issue à une assez grande quantité de liquide très-rouge, moins « consistant que du sang. Cette évacuation rendit la respiration plus « facile. Le soir nouvelle évacuation, aussi abondante que la pre- « mière, d'un liquide de même nature; elle diminua l'anxiété qui « s'était reproduite; depuis ce moment elle a lieu continuellement, et « même par jets lorsque la plaie est découverte et que le malade « tousse. Elle continua pendant plusieurs jours, et avec une abon- « dance telle qu'un grand nombre de serviettes en est inondé pendant « les vingt-quatre heures; cependant sa teinte est de jour en jour « moins foncé; le dixième jour elle n'est presque plus colorée. Quoi- « que le malade but beaucoup, ses urines étaient rares, très-foncées « et sédimenteuses.

« M. *Payen* écrivit à M. *Boyer* que la quantité prodigieuse de « liquides que versait la plaie était fournie par les boissons qui, au « lieu de descendre dans l'estomac, tombaient dans la cavité thora- « cique droite en passant par une plaie faite à la partie moyenne de « la portion pectorale de l'œsophage. Pour en acquérir la certitude, « j'administrai au malade des potions huileuses, des boissons mucila- « gineuses diversement colorées, un lait de poule, etc.; toutes ces « substances venaient mouiller les compresses sans être dénaturées.

« Après avoir examiné la forme et les dimensions de la bayonnette qui « avait fait la plaie, je jugeai que celle-ci devait avoir peu d'étendue, « l'instrument ayant dû s'arrêter sur la colonne vertébrale, après « avoir traversé l'œsophage de part en part. Deux moyens se présen- « tèrent pour l'indication que j'avais à remplir. Le premier consistait « à introduire, par la méthode connue, une grosse sonde de gomme « élastique dans l'œsophage, destinée à porter les boissons au-delà de « la blessure, et jusques dans l'estomac. Le second n'était autre « chose que la privation absolue ou presque absolue des boissons pen- « dant plusieurs jours. Je préférai le dernier, comme le plus simple et « le moins incommode; il était d'autant plus excusable que la soif « était devenue moins pressante par la diminution des accidens in- « flammatoires. Le malade s'y soumit avec docilité; je lui permis seu- « lement de se rafraîchir la bouche de temps en temps avec un petit « quartier d'orange; je lui fis administrer des lavemens nourrissans. « Mais, affaibli par les saignées et le traitement antiphlogestique, le « malade éprouva au bout de quatre jours des besoins que ne pouvait « plus apaiser ce nouveau régime; je cédai à ses instances, et je lui « permis d'avaler quelques cuillerées de boisson. Le liquide fourni par « la plaie n'en devint pas plus abondant, et bientôt cet écoulement « ne fut que purulent, ce que j'attribuai à l'épuisement total du liquide « entièrement épanché. Enfin, devenu plus hardi par ces succès, je « passai aux boissons alimentaires, et bientôt aux alimens solides. »

Symptômes. Quand l'œsophage est lésé superficiellement, à moins qu'on ne l'aperçoive au fond de la plaie, il est impossible de décider s'il a été atteint par l'instrument vulnérant.

Un instrument piquant, acéré, arrondi, de peu d'étendue, ne donne lieu à aucun symptôme bien évident; le malade doit seulement éprouver des douleurs le long de l'œsophage; il doit s'écouler à l'extérieur une petite quantité de sang, ainsi que dans son intérieur. Mais dès que cet organe est ouvert dans une plus ou moins grande

étendue, il en sort du mucus; tous les liquides salivaires avalés traversent cette ouverture accidentelle.

Les boissons sortent en plus grande partie, ou mieux toute la quantité prise, lorsque l'œsophage a été intéressé dans une grande étendue.

Les observations précédentes que j'ai rapportées détaillent assez les symptômes éprouvés par les malades, pour que je ne sois pas obligés de m'y arrêter plus longuement. Cependant, l'examen de ce qui arrive chez les animaux, quand on leur coupe l'œsophage ou qu'on l'altère de quelque manière, ne sera pas dépourvu d'intérêt.

Si on perfore l'œsophage avec un instrument pointu, comme M. *Jobert* l'a fait sur les animaux, et comme je l'ai répété avec lui, voici ce qui se passe : les fibres musculaires n'étant, pour ainsi dire, qu'écartées par l'instrument, reviennent sur elles-mêmes, le serrent tellement bien, qu'abandonné à lui-même, il est impossible qu'il tombe; retiré par le chirurgien, il offre une certaine résistance. Une fois l'instrument retiré, l'espace qu'il occupait s'efface, une petite quantité de sang s'écoule, et la guérison est rapide. C'est comme cela qu'on peut expliquer pourquoi l'acupuncture n'a rien de grave quand une aiguille traverse ce viscère. Si par le moyen d'un instrument tranchant on fait une section longitudinale à l'œsophage, d'une certaine étendue, à l'instant même il s'écoule une plus ou moins grande quantité de mucus, les bords se renversent légèrement, mais bien moins qu'aux intestins; cet organe éprouve des oscillations qui excitent des contractions et l'expulsion des liquides avalés. Quelle que soit l'étendue de la plaie de l'œsophage, elle peut guérir, car nous le supposons sans perte de substance. Mais ce n'est qu'après un temps toujours long qu'on finit par l'obtenir. Il survient une inflammation plus ou moins étendue, les liquides coulent par la plaie, un trajet fistuleux s'organise, qui, plus tard, s'oblitère de la partie la plus profonde vers l'extérieur; et alors des bourgeons celluleux développés sur l'œsophage lui-même, aux environs de la plaie, et sur la plaie elle-même, finissent par l'oblitérer, et par

rétablir le cours libre et facile des alimens, des substances solides et liquides alimentaires.

Si on examine l'œsophage ainsi guéri, on le trouve légèrement adhérent aux parties environnantes; une fois ouvert, on y remarque une interruption de la membrane muqueuse dans toute l'étendue de la plaie : elle n'a par conséquent servi en rien à la cicatrisation. La cicatrice est obtenue aux dépens du tissu sous-muqueux et du tissu cellulaire extérieur à cet organe : elle est plus rouge et semble plus vasculaire que le reste de l'œsophage.

Lorsqu'on fait une section transversale à l'œsophage, voici ce qu'il arrive : Si elle est petite, ses bords s'écartent et se renversent peu, et il se passe les mêmes phénomènes que pour les plaies longitudinales. La plaie est-elle plus étendue, alors les bords s'écartent, et la guérison est beaucoup plus difficile à obtenir que dans les cas précédens.

Ainsi, une plaie se reconnaîtra à sa direction, à l'examen de l'œsophage, s'il est mis à découvert, à la sortie des liquides par cette division, enfin à la sortie des boissons, qui est un caractère constant et un signe pathognomonique.

Terminaison. Si la plaie est petite et faite par un instrument piquant, les bords reviennent sur eux-mêmes, effacent l'espace; la guérison est rapide, et sans symptômes évidens qui dénotent cette lésion.

Si la plaie est plus étendue, et qu'elle occupe, par exemple, le tiers de l'œsophage, alors les liquides et le mucus sortent par la plaie pendant un temps plus ou moins long, huit, dix jours, par exemple; après quoi le trajet fistuleux se ferme par le développement de bourgeons celluleux qui viennent fermer la plaie de l'œsophage et former la cicatrice. Si, comme M. *Jobert* l'a fait, et comme je l'ai vu avec lui, on coupe l'œsophage dans ses deux tiers, la guérison peut avoir lieu spontanément; mais elle se fait attendre plus long-temps, le trajet fistuleux persiste, mais il finit par guérir com-

plètement, comme j'ai pu m'en assurer. Je dois dire que les animaux maigrissent, n'osent pas prendre de boisson, et que véritablement ils finiraient par succomber d'inanition, si bientôt la cicatrice ne venait pas opposer un obstacle à la sortie des liquides et des substances soumises à la déglutition.

Enfin, on coupe l'œsophage transversalement, les deux bouts s'écartent, mais dans une étendue médiocre, parce que la gaîne de ce viscère s'oppose à leur trop grand éloignement.

Les liquides avalés sortent par la plaie, ainsi que le mucus; bientôt les bouts s'enflamment, se cicatrisent séparément et deviennent béans, dans une espèce de sac formé par des fausses membranes lisses, qui les unissent tous deux l'un avec l'autre. Si l'animal ne périssait pas d'inanition, et que les bords de la plaie eussent le temps de se réunir, les liquides seraient versés dans cette poche, sorte de jabot intermédiaire, par le bout supérieur pour arriver dans l'estomac. C'est du moins ce qui résulte d'une expérience faite par M. *Jobert*, et dont j'ai été témoin.

L'animal sur lequel M. *Jobert* a expérimenté est mort d'inanition.

M. *Jobert* trouva, à l'ouverture cadavérique, les bouts de l'œsophages recouverts d'une membrane organisée. Sur la partie postérieure de la trachée, la face antérieure des muscles et de la colonne vertébrale, il trouva une autre membrane lisse qui formait une poche dans laquelle les liquides étaient versés. Elle empêchait l'infiltration dans le tissu cellulaire et les parties environnantes.

Cet animal, mort le septième jour, n'offrait point d'abcès dans le tissu cellulaire antérieur.

Après avoir fendu l'œsophage dans toute son étendue, depuis la division qui existait au cou jusqu'à l'estomac, on a vu une certaine quantité de pus et de liquides dans les deux viscères.

Des vers n'avaient pas peu contribué à faire périr cet animal; ils avaient dénudé la trachée.

Dans tous les cas que je viens de citer, il y avait plaie à l'œsophage, mais sans perte de substance. Si on enlève une portion de

l'œsophage, la guérison peut encore se faire quand elle est très-petite; plus étendue, il demeure une fistule incurable, cela résulte des expériences de M. *Jobert*, et de celles qui me sont propres.

Le diagnostic n'offre aucune difficulté, lorsque les boissons sortent par la plaie, ou que l'œsophage peut être facilement aperçu; mais il peut avoir été lésé sans que le chirurgien puisse l'affirmer positivement; il ne peut avoir que des doutes.

Lorsque l'œsophage est lésé à son extrémité supérieure, ou le pharynx à sa partie inférieure, leur lésion n'est pas toujours facile à distinguer; mais cela importe peu; il suffit de savoir que c'est l'œsophage ou la fin du pharynx, et que le traitement est le même pour ces organes membraneux.

Prognostic. La lésion de l'œsophage serait beaucoup moins grave si des organes environnans n'avaient pas été lésés. Les plaies de la portion thoracique sont très-graves, mais non toujours mortelles; celles de la portion cervicale offre moins de gravité, parce que les chirurgiens peuvent agir avec plus de facilité, et porter remède aux accidens.

Une plaie peu étendue et sans perte de substance est moins dangereuse que celle qui occupe tout son calibre. Enfin, une plaie avec perte de substance offre elle-même plus ou moins de gravité, suivant qu'elle est plus considérable.

Le traitement des plaies de l'œsophage est variable suivant leur étendue, leur siége, la cause qui les a produites, et leurs complications.

Quand les plaies de l'œsophage sont peu étendues, qu'elles soient transversales ou longitudinales, le chirurgien peut espérer une guérison plus ou moins rapide; elle s'effectuera par les seuls efforts de la nature : c'est du moins ce qu'on a observé chez l'homme et chez les animaux dans les expériences.

On ne réunira pas immédiatement la plaie extérieure, à cette fin

que les liquides puissent couler facilement, et ne s'infiltrent pas dans le tissu cellulaire environnant.

Le malade ne fera que s'humecter la bouche avec des boissons pour tromper la soif, et il se placera sur le côté malade quand les liquides s'arrêteront dans le trajet de la plaie. On devra donc espérer la guérison, la cicatrice commençant dans le fond de la plaie, et se prolongeant jusqu'à l'extérieur.

Le siége des plaies de l'œsophage offre des différences quant au traitement; ainsi, si la plaie occupe la portion thoracique, on se bornera à agrandir la plaie de la poitrine pour favoriser l'écoulement des liquides et s'opposer à leur accumulation dans son intérieur; car il est impossible, dans ces circonstances, d'agir sur l'œsophage lui-même.

Rarement est-il besoin d'agrandir la plaie extérieure quand la portion cervicale est lésée; cependant si des liquides étaient accumulés au fond de la plaie, et qu'on ne pût pas les faire couler à l'extérieur, on devrait l'agrandir pour les faire écouler.

Quand la plaie a été produite par un projectile, par une balle, on doit recouvrir les parties de cataplasmes émolliens pour s'opposer à l'inflammation, saigner vigoureusement le malade, et, à la chûte de l'escharre, si la perte de substances est trop considérable, on introduit une sonde de gomme élastique avec précaution pour diriger les substances nutritives liquides dans l'estomac, et favoriser ainsi la guérison en nourrissant l'individu, en faisant que la sonde soit recouverte par la cicatrice, qui se moule dessus. A cet effet, on se servira d'une grosse sonde de gomme élastique primitivement trempée dans l'huile, placée, si faire se peut, dans l'œsophage à demeure, ou autrement introduite pendant l'ingestion des liquides dans l'estomac.

Enfin on vient de pratiquer l'œsophagotomie; l'œsophage est apparent, ou bien sa plaie extérieure est assez large pour l'apercevoir.

Faut-il attendre tout de la nature ou pratiquer la suture? M. *Jobert* conseille ce dernier moyen avec raison, il me semble.

Si on abandonne une plaie de l'œsophage à elle-même, il est vrai

qu'elle peut guérir; mais la guérison se fait long-temps attendre, et peut être interrompue par des accidens. Par la suture, au contraire, on obtient une guérison rapide et une cicatrisation immédiate en deux jours. La suture est donc préférable; cela résulte d'ailleurs des expériences comparatives que M. *Jobert* a tentées sur les animaux, et que moi-même j'ai répétées avec lui.

Pour la pratiquer, on se sert d'aiguilles ordinaires et de fils arrondis et cirés. Que la plaie soit transversale ou longitudinale, on traverse complètement ou incomplètement les parois de l'œsophage, en les renversant de dehors en dedans, de manière à mettre partout en contact la membrane cellulaire qui doit exhaler une membrane de nouvelle formation qui servira à la cicatrisation.

Il faut, comme je l'ai vu faire à M. *Jobert*, quand on pratique la suture, rapprocher assez l'un de l'autre chaque point de suture pour qu'il n'y ait aucun intervalle, et que partout les bords de la plaie soient adossés : sans cela, s'il existait un intervalle trop grand, les liquides le traverseraient.

Quand on fait la suture, il faut encore avoir soin, comme le conseille M. *Jobert*, de serrer fortement, de manière à couper à l'instant toutes les parties, à l'exception de la membrane cellulaire, qui résiste toujours à la constriction, absolument comme la tunique externe des artères, quand on fait la ligature de ces vaisseaux; sans cela la chute des fils se ferait long-temps attendre, et il pourrait quelquefois arriver que chaque partie fût coupée lentement, sans qu'il y eût cicatrisation. Comme on le voit, il me semble donc utile de serrer fortement les fils, de les consolider par un double nœud ou par un nœud simple, qui suffit, car la cire s'oppose à ce que le nœud se défasse.

Je terminerai ce qui a rapport au traitement des plaies de l'œsohage, en rapportant les expériences que M. *Jobert* a rapportées dans sa thèse inaugurale. Elles ont toutes deux pour résultat de prouver qu'à l'œsophage comme à l'intestin c'est toujours le tissu cellulaire ou les membranes séreuses qui servent à la guérison.

« Ayant fait, dit-il, avec M. le professeur *Cruveilhier*, la section

« complète de l'intestin grêle sur un chien, la muqueuse des deux « bouts fut maintenue en contact par plusieurs points de suture. « Voici ce qui arriva : Toutes les parties comprises entre les fils furent « coupées par degrés, les bouts de l'intestin s'écartèrent, un épanche- « ment se fit dans le ventre. A l'examen de l'animal, on rencontra « de la lymphe sur la membrane séreuse, où étaient les points de su- « ture, la muqueuse suppurante et sans moyen d'union.

« Sur un autre chien, on étrangla l'intestin par une ligature dont « les fils furent coupés ras ce viscère. L'animal, d'abord abattu au « bout de quelques jours, devint moins triste et reprit sa gaîté ordi- « naire. L'ouverture faite démontra, 1°. que les tuniques de l'intes- « tin avaient été coupées l'une après l'autre, et que le fil était tombé « ainsi dans son intérieur; 2°. qu'une lymphe plastique s'était dépo- « sée à la surface de la ligature, et servait de moyen d'union entre « les bouts de l'intestin; 3°. que la muqueuse n'était nullement cica- « trisée, et présentait une rainure circulaire de la largeur de la liga- « ture. Dans les cicatrisations de l'œsophage, nous avons remarqué « que la muqueuse se comportait de même; quelques expériences « suffiront pour le prouver.

« Après une section de l'œsophage suivant la longueur, je mis, « avec M. le professeur *Cuveilhier*, les muqueuses en contact; elles « furent maintenues par des points de suture. La cicatrisation se fit « aux dépens du tissu cellulaire extérieur; la cicatrice était mince, « transparente; la muqueuse n'était pas réunie, et offrait des dente- « lures produites par les points de suture. Ici, pourtant, on aurait « dû obtenir plus facilement la réunion, puisqu'elle est moins folli- « culeuse.

« Il est évident que le tissu cellulaire extérieur de l'œsophage rem- « place, quant au mode de cicatrisation, le péritoine des intestins. « En effet, nous réunîmes une section incomplète de l'œsophage en « traversant, avec une aiguille simple munie d'un fil ciré, la superfi- « cie de cet organe, de manière à ne comprendre que le tissu cellu- « laire extérieur à la musculeuse; plusieurs points de suture à double

« nœud furent ainsi pratiqués. La cicatrisation se fit par une lymphe « exhalée aux dépens du tissu cellulaire.

« Mais la lymphe n'est pas exhalée en aussi grande quantité et aussi « rapidement par le tissu cellulaire que par les membranes séreuses. « Voici ce qui nous semble le prouver.

« L'œsophage et le tissu cellulaire qui l'environne furent entourés, « sur un chien, par une ligature; ils furent promptement coupés; une « petite quantité de lymphe se déposa bien sur la ligature, mais elle « ne fut pas suffisante pour servir de moyen d'union. »

Je vais présenter quelques propositions sur l'artère poplitée, car, dans ces derniers temps, on a conseillé de la mettre à découvert par un nouveau procédé, qui me semble préférable aux autres, en ce qu'il est plus expéditif et fondé sur des dispositions anatomiques qui le rendent incontestablement préférable.

PROPOSITIONS.

I.

On a conseillé de mettre l'artère poplitée à découvert par trois points les plus sensibles du contour du genou et par lesquels on peut arriver plus facilement à elles; ce sont, 1°. le creux poplité; 2°. la partie interne et inférieur du genou, dans un enfoncement très-sensible que l'on y remarque (*Lisfranc*); 3°. le lieu qui correspond à la sortie de l'artère de la gaîne du troisième adducteur, ainsi que l'ont conseillé MM. *Cruveilhier* et *J. Cloquet*. Enfin, M. *Jobert* a proposé un procédé qui consiste à découvrir l'artère plus bas, et immédia-

tement dans le creux du jarret par l'espace qu'il appelle *creux épicondylien interne.*

II.

Examinons maintenant l'anatomie du creux dans lequel M. *Jobert* pratique son procédé. Ce creux a une forme triangulaire, plus apparent chez la femme que chez l'homme, à raison de la saillie du genou, comme l'ont indiqué des anatomistes (et surtout M. *Blandin*). Très-apparent dans la demi-flexion, il se continue en bas au-dessous de la rotule; il est borné en dedans par les muscles couturier et droit interne, demi-tendineux, demi-membraneux; cet espace est entièrement effacé dans la flexion forcée, ce qui mérite beaucoup d'attention. Par cette position, demi-fléchie, on peut non-seulement reconnaître facilement l'endroit où l'on doit opérer, mais encore parce que chez les personnes maigres l'artère s'est pliée sur elle-même et rapprochée des tégumens, et chez les personnes grasses, cas ou l'artère n'a pas beaucoup changé de position, elle est néanmoins plus facile à saisir.

III.

Par ordre de superposition, ce creux est composé, en procédant superficiellement; 1°. de la peau, qui est très-mince; 2°. de la couche sous-jacente, qui offre plus ou moins d'épaisseur, suivant l'embonpoint des individus; 3°. de l'aponévrose crurale qui le bride: elle est plus mince que dans les autres points de la cuisse; 4°. d'une plus ou moins grande quantité de tissu adipeux qui existe dans le creux du jarret. Mais ce qui donne surtout de l'importance au procédé, c'est la disposition des veines et des nerfs.

IV.

Ce creux est borné en dedans par le muscle couturier, sur lequel se trouve constamment la veine saphène, qui peut par conséquent

être toujours évitée. Le nerf saphène offre la même disposition. Ce creux présente toutefois plusieurs filets qui viennent du nerf crural : leur lésion n'offre aucun inconvénient.

V.

Les rapports de la veine et de l'artère poplitée sont les suivans : l'artère occupe le côté interne et antérieur, elle se trouve par conséquent immédiatement sous l'instrument tranchant ; la veine occupe le côté externe et postérieur ; ces vaisseaux sont réunis par un tissu cellulaire plus ou moins dense, plus ou moins serré. En procédant ainsi on rencontre la peau, une couche de tissu cellulaire, des filets nerveux, veineux, l'aponévrose, le tissu adipeux du creux poplité, l'artère et la veine poplitées.

VI.

Pour pratiquer le procédé de M. *Jobert*, le chirurgien doit être muni d'un bistouri, d'une sonde cannelée et d'un stylet aiguillé.

Dans le premier temps de l'opération, on place le membre dans la demi-flexion. Le creux indiqué une fois examiné, le chirurgien place parallèlement les doigts de la main gauche le long du bord externe des muscles qui le bordent en dedans ; il incise les tégumens dans l'étendue de deux pouces, et coupe avec le même bistouri jusqu'au tissu adipeux du creux du jarret. Le second temps de l'opération consiste à agrandir cette incision par une seconde incision transversale, mais qui n'intéresse nullement les tégumens. Pour cela la peau est tirée en dehors ; le chirurgien introduit le doigt indicateur de la main gauche pour sentir l'expansion aponévrotique du troisième adducteur et du triceps. Un bistouri boutonné est porté sur le doigt indicateur pour couper les lames superficielles de cette expansion tendineuse.

Dans le troisième temps, on procède au passage de la sonde cannelée autour de l'artère poplitée. Pour cela on examine le creux po-

plité, et à l'aide du doigt indicateur on sent les battemens de l'artère, que l'œil peut apercevoir chez les personnes maigres. Le tissu adipeux écarté avec la sonde cannelée, qui doit avoir été courbée préalablement, on introduit cet instrument entre la veine et l'artère, en les décollant l'une de l'autre avec beaucoup de précautions. Dans ce procédé, l'on a, comme on voit, à l'aide du léger débridement de l'aponévrose indiquée, un espace très-large pour pratiquer la ligature. Aucun gros nerf ne se présente pendant l'incision; enfin, toutes les dispositions anatomiques semblent être en faveur de ce procédé.

VII.

Le procédé de M. *Jobert* ne paraît convenable que dans les lésions traumatiques, dans les anévrysmes de la jambe; car, dans ceux qui se rapprocheraient du creux poplité, on serait toujours trop près de la lésion organique des tuniques de l'artère, et l'on s'exposerait par conséquent à une hémorrhagie. Dans ce cas, les procédés de *Hunter*, de *Scarpa*, de MM. *Boyer*, *Richerand* et *Lisfranc*, sont préférables.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

II.

Lassitudines sponte obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

In acutis affectionibus rarò, et per initia, purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Sect.* 1, *aph.* 24.

IV.

Mulieri in utero gerenti si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Sect.* 5, *aph.* 37.

SENTENCE.

V.

C'est agir quelquefois en médecin très-habile, que de ne prescrire aucun médicament. (TISSOT.)